



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ANA ARIEL SOUSA ALMEIDA

**MÉDICOS INTERCAMBISTAS: MOTIVAÇÃO,
CAPACITAÇÃO E VIVÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS**

BRASÍLIA

2018

ANA ARIEL SOUSA ALMEIDA

**MÉDICOS INTERCAMBISTAS: MOTIVAÇÃO,
CAPACITAÇÃO E VIVÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a Josenaide
Engracia dos Santos

BRASÍLIA – DF

2018

ALMEIDA, Ana Ariel Sousa

Médicos intercambistas: motivação, capacitação e vivências no programa mais médicos. Ana Ariel Sousa Almeida – Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2018.

Orientadora: Josenaide Engracia dos Santos

1. Saúde, 2; Médicos; 3. Brasil; 4. Cuba.

ANA ARIEL SOUSA ALMEIDA

**MÉDICOS INTERCAMBISTAS: MOTIVAÇÃO,
CAPACITAÇÃO E VIVÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^a, Grasielle Silveira Tavares Paulin

ORIENTADOR (A)

Prof^ª Dr^a, Josenaide Engracia dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 26 de Junho de 2018

AGRADECIMENTOS

O caminho que percorri durante esses anos de graduação não foi fácil, mas foi e sempre será gratificante. Primeiramente, quero agradecer a Deus, pois como diz em I Samuel 7:12 “Até aqui nos ajudou o Senhor”. Ele com seu infinito amor, sempre me propiciou força para permanecer nessa caminhada árdua.

Agradeço infinitamente aos meus pais, pois sempre estiveram de braços abertos para me aconchegar e me amar todos os momentos em que o ápice do estresse me atingia. Por serem meus companheiros de madrugadas acordadas, e minha equipe particular quando meus trabalhos eram individuais. Eu presenteio essa graduação a vocês que não mediram esforços para que eu estivesse aqui e vivenciasse cada experiência que adquirir nesses anos. Se permaneço com esse minha essência e caráter integro o mérito é de vocês que sempre estiveram comigo, me transmitindo força e me mostrar o caminho certo a seguir.

Estendo os meus agradecimentos a minha família e aos meus amigos, aqueles que eu tive a dádiva de conhecer nesse trajeto e também àqueles que estiveram comigo desde que tudo isso era somente um sonho. Essa graduação é de vocês também, que com muito amor, cuidado e companheirismo me fizeram chegar onde cheguei. Minha eterna gratidão por terem me dado aconchego quando precisei e por terem entendido quando eu não poderia participar de festas de família ou encontros que marcávamos porque tinha que estudar ou estar na faculdade.

Para finalizar, quero agradecer à minha orientadora por todos esses anos de caminhada, pelo privilégio de trabalhar com uma das melhores profissionais de Terapia Ocupacional que já conheci. Quero expor aqui o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional. Gratidão por tanto amor, carinho, atenção e dedicação a mim. Amplio meus agradecimentos à minha banca examinadora que foi um diferencial na minha vida acadêmica/profissional e pessoal, me evidenciando o autoconhecimento, a empatia e lições sobre a vida. Sem o companheirismo de vocês não seria possível estar aqui hoje com o coração repleto de orgulho.

A quem eu não mencionei por desatenção e esquecimento, prometo reconhecer essa proximidade, ajuda e incentivo todos os dias de minha vida.

RESUMO

Introdução: Para mudar o panorama de escassez de médicos, foi instituída a Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com vários objetivos, entre eles, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde-SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços na atenção básica no país. **Objetivos:** Analisar as dimensões motivacionais, educativas e vivenciais dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos. **Métodos:** Pesquisa de natureza qualitativa na perspectiva do construcionismo social, realizada no município de Valparaíso de Goiás, com participação de 10 médicos, tendo como instrumento uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio do mapa de associação de ideias. **Resultados e Discussão:** O foco dos sentidos referiram-se: a) aventura de conhecer outro país como Brasil; b) Forte vocação para atendimento a comunidade; c) Capacitação sobre o Sistema Único de Saúde; d) Conhecimento sobre manejo clínico das arboviroses, dengue, zika e chikungunya; e) Vivências da prática de renovação de receita; f) o número elevado de casos de depressão que chega ao serviço e a novidade da tuberculose. **Considerações finais:** As dimensões para estar no programa possibilitam o aprimoramento sobre o SUS e da clínica, integrando saberes e ações articuladas às estruturas sociais, considerando o contexto do serviço onde eles estão inseridos. Viu-se, com a pesquisa, que é necessário pensar formas de cuidar que considere, o diálogo, redes sociais, articulação da rede e identificação de redes

Palavras-chaves: Saúde; Médicos; Brasil; Cuba.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	07
3. OBJETIVOS	11
3.1 <i>Geral.....</i>	<i>11</i>
3.2 <i>Específicos.....</i>	<i>11</i>
4. MATERIAIS E MÉTODOS	12
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5.1 <i>Dimensão motivacional para trabalhar no Programa Mais Médicos</i>	<i>16</i>
5.2 <i>Dimensão educativa para o Programa Mais Médicos.....</i>	<i>18</i>
5.3 <i>Experiência de atendimentos propiciados pelo Programa Mais Médicos.....</i>	<i>20</i>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7. REFERÊNCIAS	24
8. APÊNDICE	29
8.1 <i>Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE</i>	<i>29</i>
8.2 <i>Apêndice B- Perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada</i>	<i>31</i>
8.3 <i>Apêndice C- Modelo de Mapa de Associação de Ideias</i>	<i>32</i>
9. ANEXOS	33
9.1 <i>Anexo A- Parecer Consubstanciado do CEP</i>	<i>33</i>

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), é uma peça fundamental na reorganização dos sistemas de saúde, agregando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. As características da atenção primária, são: atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Para que a APS tenha sucesso é necessário a superação de alguns desafios, como: carência de infraestrutura adequada nas unidades, fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, e subfinanciamento (MENDES, 2012). Um dos destaques, no qual desencadeou a pesquisa, foi à ausência de médicos em territórios de extrema pobreza e vulnerabilidade.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave e persistente ao longo do tempo, no qual resiste às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento. Em geral, as regiões geográficas mais isoladas, remotas e desprotegidas são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde. (GIRARDI et al., 2010)

Na tentativa de modificar o panorama de escassez de médicos, foi instituída, no Brasil, a Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, Programa Mais Médicos (PMM), com vários objetivos, entre eles, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços na atenção básica no país (BRASIL, 2013). De 2013 a dezembro de 2015, foram recrutados 12.446 médicos (incluindo as baixas e as reposições). No mesmo período, estavam ativos 11.404 profissionais médicos, atendendo a demanda do Ministério da Saúde (MOLINA et al., 2016).

Grande parte dos médicos ligados ao PMM são cubanos, fruto de um acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre os governos do Brasil e de Cuba. A Organização Mundial de Saúde (2017) consegue articular essa cooperação internacional entre os dois países, permitindo a mobilização dos médicos cubanos na atuação no setor de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Este trabalho conjunto permitiu

preencher milhares de vagas em mais de 4 mil municípios brasileiros e todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Todavia, qual tem sido motivação para adesão ao PMM?

A motivação tem sido entendida ora como um fator psicológico, ou conjunto de fatores, ora como um processo. Existe um consenso generalizado entre os autores quanto à dinâmica desses fatores psicológicos ou de processo, em qualquer atividade humana (BZUNECK, 2001, p. 9). Segundo Medeiros (2014), as razões que levam profissionais a saírem de seu país, deixarem sua cultura seus familiares, e voarem em direção ao Brasil, são: a busca de melhora enquanto profissionais e aperfeiçoamento do idioma “português”. Segundo o mesmo autor, estes médicos estão direcionados a oferecerem o melhor atendimento à população, focados na aprendizagem e preocupados em transmitir seus conhecimentos para ações práticas, a fim de melhorar a saúde da população.

Apesar do trabalho ter o eixo central como Programa Mais Médicos, a Terapia Ocupacional se fez presente quando houve o interesse e a oportunidade de compreender os sentidos que os médicos intercambistas atribuíam aos conhecimentos adquiridos nesses anos de programa e estarem na Atenção primária a saúde. E principalmente porque a Terapia Ocupacional está inserida na APS no Núcleo de atenção da saúde da família (NASF), atuando no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação por meio do atendimento humanizado e a articulação, identificação e diálogo das redes.

Passados três anos de adesão ao PMM, o presente trabalho - que é um recorte de uma pesquisa extensa sobre o programa – tem por objetivo analisar a motivação dos médicos intercambistas ao aderir e estar no programa, na tentativa de identificar aspectos educacionais e as vivências construídas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a Declaração de Alma-Ata inspirou as primeiras experiências dos serviços municipais de saúde e práticas para organização histórica da APS (ESCOREL, 1999). Em 1978, em uma conferência nacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi definido Atenção Primária à Saúde (APS) como cuidado primário, representando o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro item em um processo continuado de assistência à saúde (BRASIL, 1978).

A Declaração de Alma-Ata esboça ações mínimas, porém, necessárias para que a APS se desenvolva nos países, como na educação, na prevenção e proteção de saúde, tratamento de doenças, planejamento familiar, entre outros. Com o alcance pleno das metas colocadas pela declaração, a APS passou a ser pauta importante para as reformas sanitárias (MATTA; MOROSINI, 2006).

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS era somente um marco para a organização dos serviços de saúde com proposição de ser uma alternativa de mudança do modelo assistencial e o rompimento de modelo médico-privatista (GIL, 2006). Com o surgimento do SUS, a compreensão de APS foi ampliada aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, estabelecida pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. A Política Nacional de Atenção Básica, sinaliza a atenção básica como sendo um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o usuário na sua singularidade, utilizando tecnologias para resolver os problemas de saúde do território, sendo o contato preferencial da comunidade com atenção básica (BRASIL, 2006). O Ministério da Saúde utiliza o termo atenção básica em detrimento de Atenção Primária a Saúde (APS).

Portanto, a APS é o principal meio de entrada ao sistema de saúde (LAVRAS, 2011). Porém, mesmo que segundo a Constituição de 1988 traga que “saúde é um direito de todos e dever do estado”, tens ocorrido desigualdades no acesso aos serviços de saúde, devido à má distribuição dos profissionais de saúde, principalmente os médicos (GIRARDI et al., 2010).

A distribuição desigual dos médicos tem causado uma escassez desses profissionais no Brasil, isto é, não existe uma quantidade suficiente para atender todas as necessidades da comunidade. De acordo com Campos; Girardi; Machado (2009), aproximadamente 7% dos

municípios não possuem médicos. Nas regiões Norte e Nordeste concentram-se 4,3% e 18,2% dos médicos, já no Sudeste 60%.

Segundo Girardi et al. (2010), ainda é significativo o número de municípios que sofrem da escassez de médicos. Para solucionar a má distribuição e a falta de médicos, foram criadas algumas estratégias pelo governo brasileiro, como: recrutamento, instalação e a fixação do profissional no local do trabalho; e residências médicas. Em 2013, foi aberto o edital aos municípios que desejassem receber o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) - programa que surgiu com o intuito de provocar melhorias na saúde do país (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Mais adiante foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com o intuito de: “provisão de médicos em locais desassistidos; expansão da oferta de cursos e vagas de graduação de medicina e residência médica; e novas diretrizes e parâmetros para a formação médica” (BRASIL, 2017).

O PMM teve como objetivo intervir na formação do médico brasileiro, ampliar o número de vagas de medicina no país e de solucionar a carência e escassez de médicos em municípios e regiões de vulnerabilidade no Brasil. Os municípios com segmentos mais pobres foram contemplados com o programa e com a reforma da equipe médica, tendo como meta a melhoria da qualidade dos atendimentos, e ainda, a formação de médicos com mais experiências em práticas (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

O PMM, de acordo com a Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, se propõe a reduzir às desigualdades em questão da saúde, fortalecendo o serviço de atenção básica a saúde, aprimorando e proporcionando experiências médicas no campo da prática, inserindo médicos nas unidades de atendimento do SUS, proporcionando a troca de conhecimentos e experiências entre os médicos de formação estrangeira e os profissionais de saúde brasileiros, consolidando assim, a política de educação permanente através da atuação de supervisões das instituições acadêmicas nas atividades (BRASIL, 2013).

Para que os municípios possam ter acesso aos médicos do PMM, é importante esclarecer quais os mecanismos de ingresso, conforme a Secretaria de Saúde estabelece:

a) O ingresso é feito por chamadas públicas de adesão: aos médicos brasileiros e estrangeiros com formação em instituição de educação superior, brasileira ou estrangeira, ou diploma revalidado no Brasil, observados os requisitos e a ordem de prioridade da Lei nº 12.871/2013;

b) por cooperação técnica internacional: aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional (BRASIL, p.17, 2017).

Como falado em edital, expedido pelo Ministério da Saúde segundo Brasil (2017), para que os médicos possam aderir ao PMM, observando os requisitos da Lei nº 12.871/2013 e da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, a ordem de prioridade para a seleção e a ocupação das vagas ofertadas é da seguinte forma:

1º) médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; 2º) médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; 3º) médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior. A participação do médico de nacionalidade estrangeira no Programa somente é possível se habilitado para o exercício da Medicina em país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000, conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, p.18, 2017).*

A manifestação do interesse em participar do PMM tem a presença de brasileiros formados no Brasil, médicos de fora do país e brasileiros formados em outros países. Entretanto, são poucos brasileiros formados no Brasil motivados para irem a municípios distantes dos grandes centros urbanos. Segundo o Ministério da Saúde os médicos não se revelam suficientes ao preenchimento de todas as vagas disponíveis, especialmente, nos municípios em regiões mais vulneráveis e de condições urbanísticas mais precárias, bem como os Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), que são menos atrativos aos médicos com Conselho Regional de Medicina - Brasil (BRASIL, 2017).

Então, qual é a motivação, para aderir e estar no PMM? A palavra motivação é derivada do latim *motivu* (*m*), relacionada ao movimento, mover, com base etimológica referente a algo que direciona. As motivações estão diretamente relacionadas a fatores intrínsecos que são referentes ao indivíduo, com a sua forma de ser, seus gostos e interesses. Os fatores extrínsecos, são relacionados ao meio em que está envolvido, ou seja, ao meio externo (BICHO, 2015).

Autores como Lewis, Chiavenato e Young definem motivação. E na tentativa de esclarecimento, conforme Lewis (1963) motivação é o motor do comportamento. Para Chiavenato (1999), a motivação é a consequência da relação entre o indivíduo e as situações que o rodeia, que se transforma ao longo do tempo e em diferentes níveis. E de acordo com Young (1961) a motivação é processo que mobiliza para ação por meio de atividade humana. No âmbito da Terapia Ocupacional, é sabido que existe o termo “Atividade Humana”, no qual

o modelo de Ocupação Humana diz que o sujeito está aberto a evoluir e a passar por mudanças através das interações com o ambiente externo (FERRAR, 1991).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a motivação dos médicos intercambistas para estarem no Programa Mais Médicos.

3.2 Específicos

Identificar ganhos educacionais dos médicos intercambistas.

Descrever as vivências dos médicos intercambistas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é fruto do projeto de pesquisa “*Construção social de saberes e práticas - Experiências dos usuários e de médicos do programa mais médicos de Valparaíso de Goiás*”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, no ano de 2016.

Realizou-se um estudo de campo, exploratório, apoiado na abordagem qualitativa. Para Bogdan; Biklen (1994), as principais características das investigações qualitativas, são: o principal instrumento é o pesquisador; caracteriza-se por ser descritiva, uma vez que os dados obtidos têm a forma de palavras ou de imagens, e a palavra escrita possui importância capital tanto na descrição como na divulgação dos resultados; está mais voltado para os processos do que para os produtos; dados são analisados de forma indutiva; e por último, compreende fenômenos e objetos a partir dos significados que lhes são atribuídos pelos participantes.

A pesquisa possui uma linha conceitual do construcionismo social, investigação que atenta para diversidade de explicações sobre determinado objeto de estudo – também socialmente construído - e para as formas de vida que são sustentadas e suprimidas por elas. Segundo Spink; Frezza (1999), a proposta construcionista social na prática de pesquisa, considera o método como uma forma de construir objetividades e versões sobre o mundo, as quais trazem implicações para o trabalho em psicologia e para a organização social.

O cenário da pesquisa no município de Valparaíso de Goiás pertence a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), que de acordo com o IBGE (2017) possui uma população estimada, no ano de 2016, de 156.419 habitantes. A área da unidade territorial é de 61,410km², na qual é uma região de alta vulnerabilidade, populosa, com baixa arrecadação, desordenada, de número alto de violência, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,795, aproximadamente. O município aderiu ao Programa Mais Médicos no ano de 2013, recebendo 25 médicos do PMM, dos quais 24 intercambistas são cubanos e 01 brasileiro, que atuam na estratégia de saúde da família. A cobertura populacional desde a chegada desses profissionais aumentou, no ano de 2015, para 67,14%. Uma quantidade significativa que suscitou o questionamento da pesquisa.

A atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Valparaíso foi implantada no município em junho de 2000. A cobertura populacional da Saúde da

Família variava, no ano de 2000, de 19,44% a 25,8 %, considerando assim uma cobertura baixa, tornando imperativo aprimorar o acesso da população aos serviços de saúde e a ampliação promove, assim, o andamento de atendimento devido à organização da atenção primária pela ESF. A Secretaria Municipal de Saúde em 2013 se organizou com a construção, reforma, adequação e aluguel para receber novas equipes voltados para APS, compostas principalmente de médicos e enfermeiros. Todavia, o maior entrave era a ausência de médicos para completar as equipes, pois a rotatividade entre os profissionais eram intensas. Esta situação justificou, posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde de Valparaíso de Goiás a aderir ao PMM.

Os participantes da pesquisa foram 10 médicos do PMM das equipes que integram a ESF do Município de Valparaíso de Goiás. O número de entrevistados foi definido ao adotar-se o processo de amostragem por saturação teórica, que permite suspender a inclusão de novos participantes quando os dados coletados tornam-se redundantes ou reincidentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Foram levados em consideração o seguinte critério de inclusão: trabalhar no ESF há mais de um ano. Para manutenção do sigilo, os depoentes foram nomeados pela letra M seguida de um número correspondente à ordenação das entrevistas

A técnica utilizada foi de entrevista semiestruturada¹, que permite ao pesquisador obter os dados de forma mais flexível, baseada em parâmetros com profundidade e não-dirigida, evitando-se perguntas que pudessem dirigir respostas para o que se tem em mente. Procurou-se dialogar com o entrevistado dentro de um campo descontraído, em que se propicia o máximo de liberdade de expressão, seguindo um roteiro que abordou os seguintes itens: sexo, idade, tempo de formado, tempo no serviço, motivação, preparo e experiência na ESF.

A opção por essa metodologia, segundo Minayo (2011), foi motivada pela capacidade, da mesma, de abranger a questão do significado e da intencionalidade ligada aos atos, às relações e às estruturas sociais. Valparaíso de Goiás foi escolhida como cenário de pesquisa por se tratar de município que está entre os 100 (cem) municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.

¹ Estrutura e perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada disponível no Apêndice B do presente estudo.

Foram selecionados 10 participantes, mas apenas nove aceitaram gravar entrevista. Sobre o perfil dos 09 entrevistados: todos eram cubanos, 04 do sexo masculino, idade média de 45 anos, formados há mais de 06 anos. Dos entrevistados, 02 estavam em missão na Venezuela. Do sexo feminino, foram 05 entrevistadas, com idade média entre 38 anos, formadas há mais de 03 anos, sendo que 01 estava em missão na Venezuela.

Após as transcrições, foram realizadas leituras sistemáticas e repetidas das entrevistas, visando a familiarização com o material da pesquisa e a apropriação de assuntos e temas tratados durante as entrevistas. Como propõe Guanaes (2006), consideramos que a análise das informações da pesquisa tem seu início no momento da transcrição do material, que inclui aspectos relevantes para a interpretação das informações.

Uma vez realizada estas leituras, deu-se início à sistematização dos dados obtidos. Esta sistematização foi pautada em uma análise temática, inspirada pela proposta de Spink (2013) sobre sentidos atribuídos. Os conteúdos emergentes das entrevistas foram transcritos e colocados no mapa², respeitando a sequência da enunciação, em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergiram dos objetivos da pesquisa e da leitura da própria entrevista (PINHEIRO, 2013). Esse mapeamento corresponde à técnica denominada de Mapas de Associação de Ideias, que de acordo com Spink (2013) “(...) são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários”.

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca de aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização, que segundo Pinheiro (2013), têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação; e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais de natureza temática que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa. Nesse primeiro momento, constituem formas de visualização das dimensões teóricas. Buscam-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias preservando a sequência das falas, evitando, dessa forma, descontextualizar os conteúdos e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista como um todo, ou de trechos selecionados da entrevista. Para a consecução desse objetivo, o diálogo é mantido intacto – sem fragmentação

² Mapas de Associação de Ideias – Mapa realizado na pesquisa para organização de ideias. Disponível no Apêndice C da presente pesquisa.

– apenas sendo deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa (SPINK, 2013).

Para a realização da pesquisa, o presente projeto seguiu as normatizações presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. O projeto foi aprovado pela Universidade de Brasília, Faculdade Ciências da Saúde 1.902.598/2017.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados e discussão conjunta, seguindo a produção de sentidos apresentadas com relação a: motivação, ganhos obtidos e relações construídas no PMM.

5.1 Dimensão motivacional para trabalhar no Programa Mais Médicos

A motivação tem sido entendida ora como um fator psicológico, ou conjunto de fatores, ora como um processo. Existe um consenso generalizado entre os autores quanto à dinâmica desses fatores psicológicos ou do processo, em qualquer atividade humana. Eles levam a uma escolha, instigam, fazem iniciar um comportamento direcionado a um objetivo. Na motivação, os médicos cubanos fizeram referência à aventura de conhecer outro país e principalmente o Brasil, por conta da semelhança cultural. Conforme Costa; Barros (2014), são povos misturados que deram origem a um novo ser mestiço, não só pela cor da pele, mas na cultura e subjetividade. Conforme depoimento abaixo.

“Não, não é muito diferente de Cuba não. Porque a cultura cubana, das pessoas de Cuba é muito parecida com a do Brasil, entendeu? Lá é mais ou menos a mesma coisa, a única diferença é o idioma, porque lá se fala espanhol e aqui se fala português, é a diferença. Mas a cultura, a forma de ser das pessoas é mais ou menos igual. As pessoas fisicamente são parecidas. O cubano tem também um espírito aventureiro”. M4

Costa; Barros (2014) afirmam uma aproximação de Brasil-Cuba cujo os protagonistas principais têm raízes étnicas e históricas iguais com os povos indígenas, os povos ibéricos e os povos africanos, presentes tanto em Cuba como no Brasil. As raízes africanas dos tempos da escravidão somadas à influência da colonização europeia marcaram fortemente a história e a cultura desses dois povos.

“Ai a gente foi entrando, pois nós cubanos realmente já temos uma certa amizade intrínseca com o brasileiro desde nascença praticamente, e porque lá a gente cresce assistindo filme, novela brasileira todo tempo. A gente já tem essa parte brasileira também”. M7

“Primeiramente porque é um País que eu queria conhecer, porque eu havia escutado falar muito em grande, é, um novo País mais grande dessa parte continental, e eu quis vir aqui olhar, comentar a situação de Brasil, olhar como é a cultura que tem o povo brasileiro, que é muito parecida com a nossa”. M5

Outra questão interessante é a de que o clima de Cuba, segundo relato dos médicos, é bem parecido com o do Brasil.

“Foi maravilhosa, gostaria de voltar atrás, que a gente chegou no Ceará a gente ficou em um hotel que fica perto da praia. A gente passou 1 mês maravilhoso, o mar parecido com o de Cuba. A gente tinha curso pela manhã e à tarde era relaxar com o mar”. M1

Outra motivação está relacionada a forte vocação dos médicos cubanos para atendimentos da comunidade, porque faz parte de sua formação. Os médicos cubanos estão acostumados com as missões humanitárias internacionais, e estes deixam claro nas narrativas a diferença entre Cuba e Brasil. Como diz Minayo (2011), a fala dos sujeitos: “[...] é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Outra motivação está relacionada a capacidade dos médicos cubanos em colaborar com sua experiência na atenção primária a saúde (APS). A APS cubana, contribui para prevenção de doenças e a promoção de Saúde, por meio de ações integrais com as pessoas, família e comunidade. Conforme depoimento abaixo:

“O programa mais médico é bom, até porque pra gente de meu país de origem, onde a medicina preventiva é a que prevalece. Aqui parece ser uma novidade. Para vocês a cultura de medicina preventiva é novo, vocês não conheciam. A motivação é ensinar pra o povo, a população. Como se chama? A cultura é ensinar para prevenção das doenças, pois os brasileiros têm cultura de chegar ao posto quando já estão doentes, entendeu? ” M1

A motivação do médico Cubano é compartilhar com os brasileiros uma medicina universal e igualitária pautada na APS. Sansó Soberats; Márques; Afonso (2011), consideram que a APS é uma garantia de cuidados de saúde essenciais às populações, assim como a acessibilidade de toda a população aos serviços de saúde. Dentre os componentes, destacam-se os serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, destacando-se a educação em saúde, assistência materno-infantil (incluindo planejamento familiar), imunizações e etc.. Segundo o autor, uma boa parte dos problemas de saúde cubanos são resolvidos na APS. Conforme a narrativa do médico abaixo:

“O sistema de saúde lá em Cuba, é focado na atenção primária, preventiva. Aqui no Brasil, eu acho que estão tratando de fazer mais ou menos a mesma coisa, porque a maior parte das doenças é desordem na atenção primária, 80% das doenças entendeu? Só 15% das doenças é para a atenção hospitalar a atenção secundária é só 5% das doenças, é mais específico que é a atenção terciária”. M2

Outra motivação é movida por um sentimento de amor ao próximo, o que faz com que muitos participem de missões. Os médicos cubanos têm sua formação profissional orientada não pela medicina mercantil, mas pelas necessidades reais da população. Para Osa (2011), os

médicos cubanos têm história de participação solidária em programas, que colaboram no atendimento das pessoas carentes de assistência médica e material. Conforme os depoimentos:

“Então, eu não estava em Cuba, eu estava em Venezuela, quando... eu estava somente 9 meses na Venezuela, é em missão também lá, quando começou o programa aqui, o governo, o contrato entre os países, entre Cuba e o Brasil”. M2

“Estando em Cuba, eu tinha voltado da Venezuela, eu tinha um ano que tinha voltado da Venezuela e começa todo aquele processo de, como é que fala? de captar os médicos para participar do Projeto Mais Médicos”. M6

“É o que acontece, é, nós, eu principalmente gosto muito do Programa Mais Médicos e, o bom de nós é que nós sentimos o prazer de que você ajudou, e que a pessoa ficou satisfeita, que ficou bem, que estava doente e que depois ficou bem. E conhecer, essa é outra coisa, porque tem muitas doenças, tem outras coisas que tem aqui no Brasil, e não tem lá em Cuba”. M3

Os médicos cubanos ficam nos lugares mais inacessíveis. Segundo Osa (2011), o denominador comum do trabalho de médicos onde prestam serviço, certamente, é a visão social e vocação irrenunciável de lutar para aliviar a dor dos mais necessitados, entrega sem limites e disposição de compartilhar o saber científico com os outros.

“É, que deu muito certo, que ajudou bastante a população, porque aqui no município, estava carente, apesar de estar perto de Brasília que é na capital, depois que nós estamos aqui, que somos bastante médicos nós trabalhamos 4 dias na semana”. M4

“E eu acho que, geralmente, eu vou falar assim, que o perfil do médico cubano, ou pelo menos a gente se forma também assim, com aquela ideia de prestar os serviços médicos para doá-lo a quem precisa”. M6

A percepção da possibilidade e do dever do envolvimento do médico no cuidado dos que precisam tem seu princípio em maximizar os ganhos em saúde e, na medida em que for possível, reduzir o impacto das desigualdades entre os grupos populacionais. Quanto ao atendimento na comunidade, não podemos esquecer que Cuba é um país socialista, aonde existe o desejo de manter baixos os índices de desigualdade econômica, social e garantir assistência universal à saúde.

5.2 Dimensão educativa para o Programa Mais Médicos

A capacitação foi considerada um ganho obtido no programa mais médicos. O processo educativo em serviço é uma definição pedagógica que possibilita a reflexão, preparo e avaliação dos atos produzidos no cotidiano do serviço médico (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004), assim como a discussão sobre o Sistema Único de Saúde e seus princípios. Segundo os depoimentos, é uma capacitação introdutória, para começar a estar no serviço de saúde, outro destaque é a preocupação com idioma para viabilizar a comunicação.

“É, quando nós chegamos, primeiro fizemos um curso lá, eu cheguei aqui por Ceará, Fortaleza. Nós ficamos lá 1 mês e 3 semanas, uma coisa assim. Fizemos um curso para começar a trabalhar no posto de saúde. Primeiro foi avaliação do português, para ver se era fácil o povo nos entender e depois foi sobre medicina. O idioma é muito parecido com o nosso, não foi difícil. Aí começamos aqui no município, e faço uma especialização em medicina de saúde, que é medicina da saúde à família, atenção primária para conhecer sobre a sistema de saúde daqui, mas minha formação é para trabalhar com a comunidade e foi bom”. M6

O conhecimento sobre as abordagens sobre o Sistema Único de Saúde e idioma para boa parte dos entrevistados foi valorizada e consideraram fácil, pois a formação do médico cubano é pautada na medicina preventiva que considera o indivíduo, família, comunidade e território, juntamente com os fatores que influenciam os elementos determinantes do processo de saúde e doença. Os mesmos fazem ressalva que o idioma não é complicado.

Quanto aos cursos para os médicos, foram realizados por meio do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), uma supervisão acadêmica das universidades quanto às atividades desempenhadas pelos médicos. Para Araújo et al. (2012), um componente obrigatório para o desempenho adequado de um profissional da saúde é a atualização, um espaço de oportunidades para se manter abertos à conexão com vários canais de aprendizagem.

“Sim, já passamos pela especialização em atenção primária e agora temos que fazer a fase online um curso, é o momento de aprendizagem. Nós todos fazemos 8 horas semanais de cursos e de atualização. A cada semana um curso diferente. E conhecer o Sistema de Saúde do Brasil e os programas de mulher, idoso, assunto como o zika vírus, Chikungunya, tuberculose e outros. É bom que são coisas novas, atuais e importante”. M2

Os entrevistados afirmaram considerar as capacitações importantes, como auxiliares ou complementares a sua formação e para preparação técnica de manejo clínico das arboviroses como Dengue, Zika e Chikungunya.

“Porque tem muitas doenças que a gente não lembra, porque não olha direto, todo dia, então dá para lembrar. E tem doenças, por exemplo, agora que começou Dengue, Chikungunya, Zika, essas são doenças que não são muito frequentes, então no curso que estava fazendo agora, tem isso no curso, então eu fiz Dengue, Chikungunya, Zika”. M3

Os médicos entrevistados passaram por preparação com a imersão em questões mais específicas sobre a situação de saúde no Brasil e os programas de saúde que perpassam a APS (TERRA, 2016).

“Tínhamos que fazer uma especialização para poder ficar aqui no país. Primeiro fizemos uma, onde eles enviaram para nós, era online, eles mandavam tarefas e nós íamos fazendo. Depois que terminamos, fizemos um

¹ Estrutura e perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada disponível no Apêndice B do presente estudo.

outro onde tivemos que fazer um plano de ação. Esse foi curto, não demorou muito tempo e agora estamos fazendo um no UNA SUS, onde todos tem que fazer 30 horas, a gente tem que saber sobre o sistema de saúde brasileiro. Este é o quarto eu acho que eu fiz, esse mês eu fiz um que foi de ultrassom, ultrassonografia”. M5

Os médicos afirmaram ter conhecimento razoável sobre algumas doenças, porém desatualizados sobre temáticas em algumas situações vivenciadas no Brasil, como as arboviroses.

“Quando nós terminamos a especialização, seguimos fazendo tarefas, todos meses, sempre se fala de um tema diferente, se debate também, tem supervisão. Nós temos supervisor, a minha supervisora, que é de Brasília, ela também todo mês me manda, por exemplo, mês passado foi de osteoporose, atualização do tema, porque você sabe que a medicina tem muitas mudanças, então, nesse sentido a atualização ajuda. Um exemplo é a Chikungunya e Zika que não temos em Cuba”. M7

A atuação dos profissionais prevê uma carga horária de 40 horas semanais, incluindo as ações de aperfeiçoamento com componente assistencial na modalidade de integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde. A capacitação é importante para a nova prática dos médicos (BRASIL, 2017).

“Mas eles pediram pra nós, Oito horas de estudos semanais é o que justifica aquela sexta feira, cada um escolhe o dia que você pega, entendeu? Ai no nosso caso a gente pega a sexta feira. Nós fazemos os cursos no AVASUS”. M7

5.3 Experiência de atendimentos propiciados pelo PMM

Uma das experiências mais relatadas foi a troca de receitas da APS no Brasil. Para De Smet; Dautzenberg (2004) a renovação da prescrição médica constitui um dos principais motivos de consulta em cuidados de saúde primários do Brasil. Para a população pode ser prático, pois não demanda tempo e tem acesso a medicamento, mas é uma ilusão de cuidado da saúde. No entanto, uma parte substancial é feita sem contato médico-doente, procedimento que tem vantagens do ponto de vista da acessibilidade terapêutica, mas não possibilita a monitorização adequada da efetividade e segurança da utilização de medicamentos. Além disso, ocupa parte da agenda médica com atividade que não produz benefícios para a população e perde-se a oportunidade de fazer uma avaliação clínica fidedigna, conforme atesta M5:

“Para umas pessoas, só o fato de trocar a receita já é uma coisa boa. “Não, não é trocar a receita só. Eu preciso olhar você. Está bom, esse medicamento? Está fazendo efeito direitinho?” Porque o paciente é

acostumado a tomar remédio... Toma, toma, toma e a pressão... pressão é 18x10, 18x11. Você está tomando, mas não tá 100%, então, tem que trocar o tratamento, tem, enfim é conversar com eles direitinho”. M5

Na atenção básica as demandas podem ser agendadas em conformidade com as linhas de cuidado, ou espontâneas, quando em decorrência de algum imprevisto ou manifestação de doença que leve o usuário a procurar atendimento, sem agendamento prévio (SOARES, 2013), experiência vivenciada pelo médico numa situação de urgência na atenção primária, quando o mesmo recebeu um paciente gravemente enfermo, a condução foi fazer o diagnóstico clínico e dar fluxo para atendimento. Conforme o depoimento:

“Havia um paciente que foi à Unidade de Pronto Atendimento, o trataram e o mandaram para casa. Ele veio aqui, eu o examinei e o paciente estava com um derrame pleural, estava com muita falta de ar. Estava grave! E eu, conversei na secretaria de saúde e consegui que o encaminhasse e fosse endereçado à Unidade de Tratamento Intensivo. Mas não posso falar de sucesso porque ao final o paciente faleceu”. M4

A experiência relatada aponta a fragilidade da clínica, com modelos de atenção à saúde viesados pelo sistema fragmentado, com forte orientação para as condições e para os eventos agudos (MENDES, 2012). O médico sinalizou que a saúde carece de um modelo de atenção construído que sejam proativos, contínuos e integrados e que funcionem para atender a comunidade.

Outra experiências sólida de utilização foi com pacientes em situação de sofrimento psíquico. As pessoas estão expostas a eventos sociais estressores, como a pobreza, violência e outros, ou seja, as condições sociais constituem um importante determinante do processo saúde-doença. E os sofrimentos psíquicos (depressão e ansiedade) são os mais presente no cotidiano do cuidado primário. Os depoimentos demonstram que os médicos se surpreendem com o número de casos de depressão e compreendem que o processo de adoecimento está relacionado a realidade social vivenciada cotidianamente. Segue abaixo.

“Aqui no município tem bastante pessoas com depressão. Tem, tem muito paciente que toma fluoxetina, clonazepam, diazepam. O que acontece também aqui no município, é um município com muita violência. Então, o pior que tem é isso aqui”. M3.

Na narrativa acima emerge os psicofármacos, que segundo Borges et al. (2015), na atenção primária, os mais utilizados são os da classe dos antidepressivos seguidos pelos benzodiazepínicos. Outra experiência relatada no Programa Mais Médicos diz respeito à tuberculose, segundo o entrevistado, não é uma doença frequente em seu país.

“Estamos a tratar doenças que normalmente, em Cuba, não tem, não é muito frequente. É assim, por exemplo, eu nunca vi uma tuberculose extrapulmonar, e aqui, eu vi, pela primeira vez na minha vida. Eu mesmo fiz o contato com laboratório para fazer a baciloscopia que deu positivo. Falei com colega brasileiro e ele fez o esquema de tratamento dele. Em 16 anos formado mais 6

¹ Estrutura e perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada disponível no Apêndice B do presente estudo.

anos estudando, 23 anos de formado, uma tuberculose extrapulmonar é a primeira vez. É muito motivador também porque você vai prestar os serviços médicos, vai ajudar a população, mas você também recebe em troca da experiência, conhecimento de assuntos que você não vê muito em Cuba. Nós encaminhamos e acompanhamos o paciente durante um ano. Ficou curado”.
M6

Para Leon Cabrera et al. (2015), países como Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América, Jamaica e Porto Rico têm uma baixa incidência de tuberculose. Estes países têm maiores possibilidades de conseguir a eliminação da enfermidade para 2035. Como vimos, a situação de Cuba, é um país candidato a erradicação da Tuberculose, provavelmente este seja o motivo do médico relatar que não teve experiência com situações de tuberculose no seu país de origem.

Neste sentido, a experiência com a tuberculose para o entrevistado serviu como aprendizagem para um novo comportamento na maneira de pensar e de agir diante de uma nova situação. O Ministério da Saúde (2002), afirma que a tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento. A reversão desse quadro depende da redução de desigualdades sociais e dos profissionais de saúde em intervir de forma oportuna, como foi relatado pelo médico, que conduziu o paciente para fazer a baciloscopia, para ter o diagnóstico, e a partir de então encaminhou e acompanhou, o tratamento, de modo a garantir a cura na atenção primária.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar sobre a motivação, capacitação e vivências dos médicos intercambistas é uma necessidade imperativa, pois há uma presença relevante desses médicos no cenário Brasileiro. O estudo cumpriu com os objetivos e apontou que os relatos dos entrevistados apresentaram uma visão global do paciente, bem como de uma prática de cooperação solidária e afetiva com o Brasil. Os ganhos educacionais estão relacionados as peculiaridades epidemiológicas do país, como as arborvírozes. As situações clínicas manejadas no cotidiano, a exemplo de troca de receitas, têm número alto de casos de depressão e uso excessivo de benzodiazepínico.

Destacando as situações clínicas que os médicos intercambistas lidam, viu-se que é necessário pensar formas de cuidar que considere, o diálogo, redes sociais, articulação da rede e identificação de redes. Temas que dizem respeito ao universo de formação da Terapia Ocupacional. A contribuição da Terapia Ocupacional é ressaltar que o cuidado na APS requer uma inovação permanente de recursos cotidianos que não são biomédicos, mas que tragam melhores resultados para a compreensão e seguimento do cuidado.

A pesquisa apresenta limitações, quanto à hora de entrevistas, ao qual não foi possível ser aproveitada. Sinaliza por fim, a importância do PMM para atender a escassez de médicos e rever o paradigma de cuidado e educação adotados na APS.

7. REFERÊNCIAS

ALMA, ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma Ata**. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978.

ARAÚJO, Fernando Costa et al. O aprender e o orientar na atenção primária: relato de experiência de um semestre de atividades no PET-Saúde. **Rev. bras. educ. méd**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 164-168, 2012.

Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.

BICHO, Paula Sofia Pereira Ferreira. **A Motivação e a Satisfação dos Profissionais de Saúde numa Instituição Hospitalar de Especialidade Oncológica**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade Europeia-Laureate International Universities.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORGES, Tatiana Longo et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 344-349, 2015.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE**. Valparaíso de Goiás, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/valparaiso-de-goias/panorama>>. Acessado em: 21 set. 2017

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2013; 23 out.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.

BRASIL. O que é UNA-SUS? Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br>>. Acessado em: 20 jun. 2018

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle da tuberculose**. Manual técnico para controle da tuberculose. Ministério da Saúde. 6ª ed. Brasília (DF): MS; 2002

BRASIL. Medida provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 9 jul. 2013. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Constituição 1988**. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados.

BZUNECK, José Aloyseo. A motivação do aluno: aspectos introdutórios. In: **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea**, v. 4, p. 9-36, 2001.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; GIRARDI, Sábado Nicolau; MACHADO, Maria Helena. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades**. Divulg. Saúde debate, p. 13-24, 2009.

CARRYL, Julian Anthony Murray; ROSSATO, Luciana; PRADOS, Rosália Maria Netto. **Programa mais médicos**. Diálogos Interdisciplinares, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2016.

CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. **Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência**. In: MARINS, J. J. N. et al. Educação médica em transformação. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999

COSTA, Nicole Nascimento Medeiros; DE BARROS, Nilvânia Mirelly Amorim. **Antropología en Caribe, Cuba y Brasil. ENTREVISTA COM PROF. JOSÉ VEGA SUÑOL REIA- Revista de Estudos e Investigações Antropológicas**. v. 1, n. 1, 2014.

DE SMET, Peter AGM; DAUTZENBERG, Maaïke. Repeat Prescribing. **Drugs**, v. 64, n. 16, p. 1779-1800, 2004.

¹ Estrutura e perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada disponível no Apêndice B do presente estudo.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz, 1999.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. Kielhofner e o modelo de ocupação humana. **Rev. ter. ocup**, v. 2, n. 4, p. 216-9, 1991.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cadernos de saúde pública, v. 24, p. 17-27, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde– Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG, 2010.

GUANAES, Carla. **A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social**. Vetor Editora, 2006.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEÓN CABRERA, Pablo et al. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 41, n. 3, p. 532-546, 2015.

LEWIS, Donald J. *Scientific Principles of psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1963.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde, v. 1, 2006.

MEDEIROS, Efraim da Silva. **A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços**. In: A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. A APS no Brasil. In: Mendes Eugênio Vilaça, organizador. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 71-99, 2012.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. Editora Vozes Limitadas, Petrópolis, 2011.

MOLINA, Joaquín; TASCA, Renato; SUÁREZ, Julio. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **OPAS apresenta experiências exitosas do Mais Médicos em evento internacional na Irlanda, 2017**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5545:opas-apresenta-experiencia-exitosa-do-mais-medicos-em-evento-internacional-na-irlanda&Itemid=834>. Acessado em: 31 de mai. de 2018

OSA, João. **Um olhar para a saúde pública cubana**. **Estudos Avançados**, p. 89-96, 2011.

PINHEIRO O. G. **Entrevista: uma prática discursiva**. In: SPINK M.J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

RUAS, Cristina. **Programa Mais Médicos: a história vivida e contada**. In: Programa Mais Médicos: a história vivida e contada. 2015.

SANSÓ SOBERATS, Félix José; MÁRQUES, Miguel; AFONSO, Patrícia. **Medicina General- Medicina Familiar. Experiencia Internacional y enfoque cubano**. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2011.

SOARES, S. S. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas**. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SPINK, M. J. P., & FREZZA, R. M. **Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social**. In: M. J. P. Spink (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos: aproximações teóricas e metodológicas**, São Paulo: Cortez, 2004. p. 17-39.

SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro, 2013.

TERRA, Lilian Soares Vidal et al. Ciência & Saúde Coletiva. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 2825-2836, 2016.

YOUNG, Paul Thomas. **Motivation and emotion: A survey of the determinants of human and animal activity**. New York: Wiley. 1961.

8. APÊNDICE

8.1 Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE



Universidade de Brasília

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa Construção social de saberes e práticas - experiências dos médicos do programa mais médicos em Valparaíso de Goiás, sob a responsabilidade do pesquisador Josenaide Engracia dos Santos. O projeto sobre o programa mais médicos (PMM), é fruto de um pacto para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, para regiões onde há escassez e ausência de profissionais para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e que tem como referencial teórico o construcionismo social, possibilitando-nos entendê-la como uma prática social que favorece reflexões acerca do tema proposto para este estudo. Instrumentos. Grupo focal e entrevistas. Participantes da pesquisa. 10 médicos do programa mais médicos e 10 usuários. Análise de dados. Mapa de associação de ideias.

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos atribuídos sobre saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista e grupo focal, em horário previamente agendado, na data combinada com um tempo estimado em quarenta minutos, em dois encontros para sua realização. O desconforto que o sujeito poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Para minimizá-lo será deixado claro que o sujeito não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em debate/entrevista/pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados ao conteúdo, assunto que podem provocar constrangimento, invasão de privacidade, fortes emoções, ansiedade e receio, a forma de minimizá-los será por meio da compreensão prévia de todos os sujeitos de pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo, assim como serão revistas criteriosamente as questões que possam trazer algum tipo de incômodo aos participantes. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aprofundamento e compreensão do programa mais médicos.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa

em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa e alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Josenaide Engracia dos Santos, na Universidade de Brasília no telefone 61-33770615 e 61-91640758 disponível inclusive para ligação a cobrar. **engracia@unb.br**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

8.2 Apêndice B- Perguntas norteadoras para entrevista semiestruturada



Pesquisa: "Construção social de saberes e práticas - Experiências dos usuários e de médicos do programa mais médicos de Valparaíso de Goiás"

Pesquisador: Josenaide Engracia dos Santos

Núcleo I – Identificação

1. Data da Entrevista: ____ / ____ / ____
2. Código Nome: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: M () F ()
5. Profissão: _____
6. Tempo de formada: _____

Núcleo II de questões norteadoras

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS

1. O que pensa sobre o programa mais médicos e como reflete em sua vivência na saúde?
2. Conte uma experiência de sucesso durante sua atuação no programa mais médicos.
3. O que você aprendeu com esta experiência que poderá utilizar/contribuir para o seu desenvolvimento enquanto profissional?
4. Quais dispositivos você acessa para colaborar na saúde do usuário (paciente)?
5. Como se acontece o tratamento de quadros de doenças crônicas?
6. Como lida com a questão da violência?
7. Quais os desafios colocados a partir desta experiência para a continuidade de um atendimento integral ao público alvo do programa?
8. Como você pode relatar a sua experiência no mais médicos?
9. O senhor (a) tem realizado cursos de atualização, especialização, outros relacionado a prática na atenção primária a saúde (atenção básica)?
10. Como o(a) senhor(a) se posiciona como profissional de saúde frente ao cuidado de transtorno mental e situações de álcool e outras drogas ?
11. Como o(a) senhor(a) descreveria sua prática (atuação/inserção) no tratamento de doenças crônicas ?
12. Como você nomearia a experiência no programa mais médicos?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS

1. O que pensa sobre o programa mais médicos e como foi a sua experiência com os médicos do programa?
2. Quais os aspectos você considera importante com a presença dos mais médicos?
3. Como você relata a sua experiência com o médico no programa?
4. O que vem à mente quando eu falo programa mais médicos?

8.3 Apêndice C- Modelo de Mapa de Associação de Ideias

Análise do Programa Mais Médicos

Objetivo geral:

Compreender os sentidos dos saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás

Objetivo específico:

Identificar tecnologias, estratégias e recursos de aprendizagem utilizados no PMM.

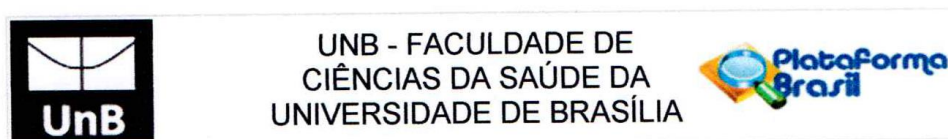
Refletir sobre alcances e limites do PMM na perspectiva dos usuários e médicos;

Conhecer as motivações dos profissionais para estarem no PMM;

Como nomeiam e explicam	Como se posicionam e o que dizem	Motivações	Limites	Alcances	Recursos utilizados

9. ANEXOS

9.1 Anexo A- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção social de saberes e práticas - experiências do Programa mais Médicos em Valparaíso de Goiás

Pesquisador: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61606116.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.902.598

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendências do projeto de pesquisa da Josenaide Engracia dos Santos, se destacará com atividades de iniciação científica, mestrado, produção de artigo, e com ampla divulgação desse trabalho, que busca conforme resumo: "O programa mais médicos (PMM), é fruto de um pacto para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, para regiões onde há escassez e ausência de profissionais para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social. (BRASIL, 2015). Metodologia. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e que tem como referencial teórico o construcionismo social, possibilitando-nos entendê-la como uma prática social que favorece reflexões acerca do tema proposto para este estudo. Instrumentos. Grupo focal e entrevistas. Participantes da pesquisa. 10 médicos do programa mais médicos e 10 usuários. Análise de dados. Mapa de associação de ideias."

Os participantes. Amostra intencional. Serão 10 usuários da atenção primária e 10 médicos do PMM, do sexo feminino e masculino, variando a faixa etária entre 18 a 60 anos.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 1.902.598

Custo de 1.015,00 Reais com material de escritório.

Cronograma: Início da Pesquisa Março/2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Compreender os sentidos dos saberes e práticas do programa mais médicos Valparaíso de Goiás

Objetivo específico:

Construir sentidos acerca das tecnologias, estratégias e recursos de aprendizagem utilizados no PMM;

Refletir sobre alcances e limites do PMM na perspectiva dos usuários e médicos;

Conhecer as motivações dos profissionais para estarem no PMM;

Conhecer a influência das ações do PMM, na vida dos usuários de Valparaíso;

Investigar o serviço de atenção primária antes e depois dos mais médicos do ponto de vista dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa evitará qualquer situação de risco ou desconfortos para o entrevistado na condução da pesquisa. Considerando o conceito pluridimensional, que incorpora tanto a probabilidade, quanto a abrangência dos danos que podem sofrer os participantes da investigação: riscos físicos, como dor física, leve ou grave, permanente ou temporária, atual ou futura; psicológicos, como distúrbios emocionais; sociais: como problemas com seguros ou dificuldades para conseguir ser admitido em um emprego, criando um estigma social; e econômicos, como despesas financeiras. Garantindo a confidencialidade e o sigilo de tudo relatado. Assim como a explicitação de regras e pressupostos teórico/metodológicos que norteiam a pesquisa para evitar qualquer equívoco, podendo gerar desconforto ao entrevistado pelo fato

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 1.902.598

Outros	Brendacurriculo.pdf	27/10/2016 21:57:06	SANTOS	Aceito
Outros	curriculomelina.pdf	23/10/2016 19:31:45	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculojosenaide.pdf	23/10/2016 19:31:23	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/10/2016 22:23:20	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TermoAutorizImagemSom2016.pdf	20/10/2016 22:16:14	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/10/2016 22:12:05	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan.jpg	24/04/2016 05:46:19	JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 31 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com